

Amputación supracondílea. Técnica mediante incisión sagital

C. Lisbona - A. Martorell - R. Lerma - E. Roche - J. Bercial - J. M. Callejas

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Universitario «Germans Trías i Pujol»,
Badalona, Barcelona (España)

RESUMEN

Tras comentar las amputaciones de la extremidad inferior, se expone un método con incisión sagital a fin de lograr ventajas para el enfermo.

SUMMARY

After the lower limb amputation review, we present the sagital approach, method with some advantages for the patient.

Introducción

Las amputaciones mayores de extremidades inferiores que deben ser realizadas tras vasculopatía crónica suelen practicarse generalmente en pacientes de edad avanzada y/o con patología asociada (principalmente cardio-respiratoria) que dificulta en gran manera la rehabilitación postoperatoria y la protetización definitiva (1).

A todo ello se le debe añadir la dificultad que representa la elección del nivel de amputación, siempre dependiente del nivel de obliteración arterial y el grado de circulación colateral, de los antecedentes de cirugía arterial practicada sobre la misma y de la posibilidad de coexistencia con lesiones isquémicas sobreinfectadas a nivel del 1/3 distal de la extremidad.

De una manera genérica podemos considerar que los criterios de inclusión para realizar una amputa-

ción mayor en un paciente afecto de vasculopatía periférica son: Dolor en reposo sin otra posibilidad quirúrgica, ulceraciones, gangrena o sepsis incontroladas, fracaso de intervenciones previas tipo «Limb salvage» y fracaso de otro tipo de amputaciones más conservadoras.

Aunque comúnmente se muestran unas cifras de mortalidad superiores en las amputaciones supracondíleas (11%) frente a la de las infracondíleas (6%) (2), la extensión de las lesiones vasculares y la mejor vascularización colateral (en obliteraciones extensas) de la musculatura proximal, hace que el número de amputaciones femorales sea sensiblemente superior a las infracondíleas practicadas en los Servicios de Angiología y Cirugía Vascular.

Los inconvenientes para la protetización definitiva derivados del excesivo tamaño de la base del muñón de amputación, la pérdida de

sensibilidad propioceptiva, así como los que se producen por la excesiva tracción del segmento distal del fémur por parte de la musculatura externa predominante (hiperabducción del fémur respecto a su «funda muscular») nos han llevado a realizar en una serie de pacientes la misma técnica de la amputación sagital infracondílea, pero a nivel femoral.

Objetivos

En este estudio preliminar tan sólo se ha querido comprobar en un número determinado de pacientes, quince en concreto, sin un criterio estricto de inclusión ni una comparación a doble ciego, si los resultados de esta técnica en cuanto a las complicaciones locales, sistémicas y la mortalidad a corto plazo eran superponibles al utilizar la técnica mediante incisión sagital, al compararlos con los obtenidos en un grupo de similares características intervenido mediante incisión transversal.

El principal objetivo de esta técnica es el conseguir un muñón cónico con un mejor anclaje lateral del fémur y con una mejor integración de la sensibilidad propioceptiva que facilite la deambulación del paciente.

Técnica quirúrgica

Principios generales

Aunque prevalezca el interés general por conservar la mayor parte de la extremidad que nos sea posi-

ble, una mayoría de los pacientes tributarios de amputar no lograrán conservar la articulación fémoro-patelar y serán intervenidos mediante una amputación femoral.

No obstante, se estima que sólo un 30% de estos pacientes lograrán una óptima protetización que les permitirá en un futuro conseguir una deambulación autónoma. Entre otras razones, esto es debido a que la amputación femoral cursa con una disminución de la sensibilidad propioceptiva y provoca un gran consumo de energía para la deambulación (3).

En primer lugar, el paciente puede ser intervenido mediante la técnica anestésica que se crea más oportuna; se puede administrar una profilaxis antibiótica si se cree conveniente, según los casos. En nuestro Servicio no tenemos por costumbre la colocación de manguito proximal para isquemia cuando se trata de amputaciones femorales.

La incisión cutánea se inicia en el punto medio de la cara anterior del fémur, a unos 10 cm por encima de la interlínea articular y se sigue describiendo un semicírculo lateral interno y lateral externo, de concavidad inferior, que asciende por la cara posterior hasta juntarse ambos semicírculos en un punto medio a la misma altura que el de la cara anterior (Fig. 1).

Los planos musculares se seccionan perpendiculares al fémur y siguiendo el mismo trazado que la sección cutánea (Fig. 2). Por la cara interna se profundiza en los planos hasta localizar el paquete vascular y proceder a su ligadura por transfixión y sección con hoja de bisturí. A continuación se localiza el nervio ciático y se procederá también a su ligadura y sección. Se prosigue la sección de los planos musculares y la sección del hueso con sierra mecánica (Fig. 3).

El siguiente paso es la revisión exhaustiva de la hemostasia para evitar infecciones profundas y posibles dehiscencias del muñón (4) (Fig. 4).

A continuación se procederá al cierre del muñón por planos y cuidando de recubrir correctamente el fémur seccionado con ambos colgajos musculares laterales suturándolos sobre la línea media anteroposterior con mioplastia (5). La aponeurosis se sutura con puntos sueltos en «U» y la piel se cierra con puntos sueltos de monofilamento como es habitual, con la finalidad de favorecer el cierre por primera intención (Fig. 5).

Resultados

Los resultados inmediatos, las complicaciones locales y la morbi-mortalidad no mantienen diferencias

estadísticamente significativas de los obtenidos en igual período de tiempo y por los mismos equipos quirúrgicos en los pacientes que fueron intervenidos mediante ambas técnicas quirúrgicas.

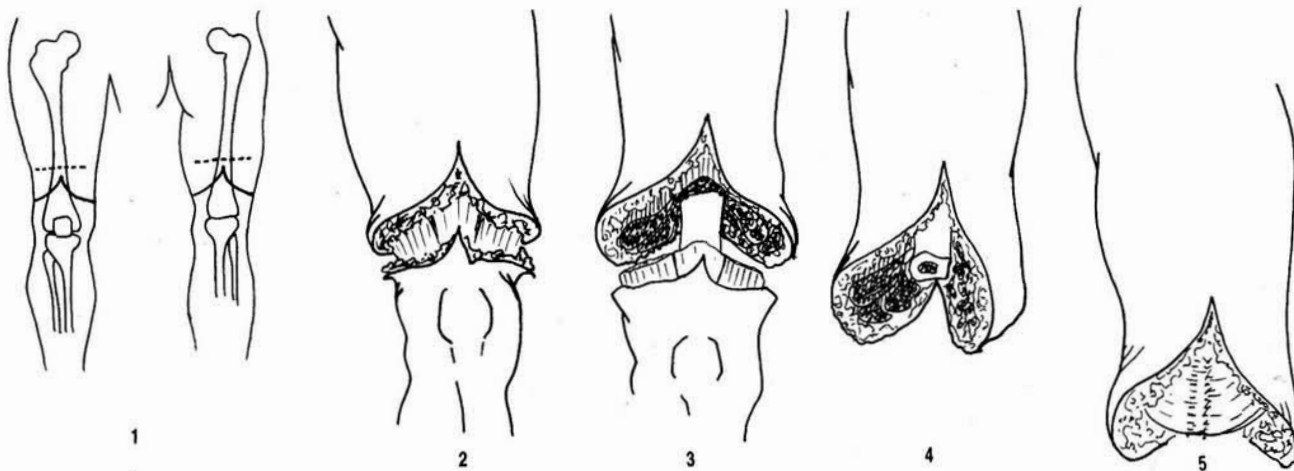
En todos los casos se vieron condicionados por el nivel de obstrucción arterial, la importancia de la circulación colateral desarrollada, la presencia de lesiones distales sobreinfectadas, el desarrollo de una tromboflebitis venosa profunda asociada, la presencia de síndrome compartimental previo, la infección de heridas quirúrgicas previas y, en otro orden, el estado general del paciente y la patología asociada.

Cuando se han homogenizado dos grupos de pacientes, la tasa de protetización ha sido la misma en ambos y, tal y como intuía, la deambulación se inició de forma más precoz y con mejores resultados en el grupo de pacientes intervenidos mediante incisión sagital.

Comentario

La limitación de este estudio preliminar está en el hecho de que no ha sido realizado con un criterio de selección absolutamente estricto de pacientes puesto que no fue su objeto el realizar un estudio comparativo con todos sus requisitos.

El objeto de esta comunicación es



Figs. 1, 2, 3, 4 y 5.

mostrar que los resultados obtenidos durante la fase en que fue realizado, que sólo pretendía el familiarizar al cirujano con la modificación técnica y evaluar los resultados inmediatos, son lo suficientemente alentadores como para iniciar un estudio prospectivo comparando de forma correcta los resultados para obtener cifras que muestren valores estadísticamente significativos.

BIBLIOGRAFIA

1. DE FRANK, R. D., TAYLOR, L. M., PORTER, J. M.: Basic data related to amputations. «Ann. Vasc. Surg.», 5: 202, 1991.
2. RUSH, D. S., HUSTON, C. C., BIVINS, B. A., HYDE, G. L.: Operative and late mortality rate of above-knee and below-knee amputations. «Ann. Surg.», 47: 36, 1981.
3. WU, Y., FLANIGAN, D. P.: Rehabilitation of the lower extremity amputee in BERGAN, J. J., YAO, J. S. T. (eds.): «Gangrene and severe ischemia of the lower extremities». N. Y. Grune & Stranton, 1978.
4. TRIPSES, D., POLLAK, F. W.: Risk factors in healing of below-knee amputations «Ann. J. Surg.» 141: 718, 1981.
5. MASDEU, F. W.: Amputation: Surgical technique and postoperative management. «Aust. N. Z. Surg.», 47: 384, 1977.